

Caracterización del síndrome postraumático secundario a trauma craneoencefálico leve en Camagüey, Cuba.

Varela Hernández Ariel,¹ Pardo Camacho Guillermo,² Pardo Cardoso C. Guillermo³

RESUMEN

Objetivos: El Síndrome postraumático es una complicación bien reconocida del trauma craneoencefálico leve con un elevado costo social. El estudio de este tema no ha sido tratado en profundidad en Cuba, por lo que desarrollamos el presente estudio encaminado a determinar el comportamiento del mismo, tomando como parámetros la estancia hospitalaria, los síntomas persistentes y el período de reincorporación laboral. **Material y método:** Se realiza un estudio descriptivo transversal de 94 pacientes ingresados por trauma craneoencefálico leve en el Hospital Universitario "Manuel A Doménech" de Camagüey, durante el primer semestre del año 2006, los cuales fueron entrevistados en su hogar en un período de tres a seis meses después del alta hospitalaria, para determinar la estancia hospitalaria, los síntomas persistentes y el período de reincorporación laboral. Se utilizan técnicas de distribución de frecuencias. **Resultado:** El 40.4% de los pacientes hospitalizados requirieron más de siete días de estancia, el 43.6% de la muestra presentaron secuelas funcionales y el 35.8% de los individuos con vínculo laboral se reincorporaron entre uno y tres meses posteriores al traumatismo. **Conclusiones:** Un número importante de los pacientes que presentan trauma craneoencefálico leve requieren hospitalización por más de 72 horas, sufren síntomas funcionales persistentes por varios meses y similares períodos de reposo laboral, lo cual denota la alta repercusión social de esta variedad de trauma craneal.

Palabras clave: trauma craneoencefálico, trauma craneoencefálico leve, síndrome postraumático, accidentes, secuelas.

Rev Mex Neuroci 2007; 8(2): 150-154

Characterization of post traumatic syndrome secondary to mild cerebral trauma in Camagüey, Cuba.

ABSTRACT

Objectives: The Posttraumatic Syndrome is a very frequent complication of the mild cerebral trauma with a high social cost. The study of this topic has not been treated in depth in Cuba, we develop the present study guided to determine the behaviour of these condition taking as parameters the time of hospitalization, the persistent symptoms and the period of reincorporation to work. **Material and method:** We carried out a descriptive study of 94 patients admitted by mild cerebral trauma at the Teaching Hospital "Manuel A Doménech" in Camagüey during the first semester of the year 2006 which were interviewed in their home in the period from 3 to 6 months after the discharge to determine the time of hospitalization, the persistent symptoms and the period of reincorporation to work. We used distribution of frequencies. **Results:** 40.4% of the admitted patients required more than 7 days of hospitalization, 43.6% of the sample presented functional sequelae and 35.8% of the individuals with work activity were reinstated between 1 and 3 months after the traumatism. **Conclusions:** An important number of the patients with mild cerebral trauma requires hospitalization for more than 72 hours, they suffer persistent functional symptoms for several months and similar periods of work rest that which denotes the high social repercussion of this variety of cerebral trauma.

Key words: Cerebral trauma, mild cerebral trauma, postrumatic syndrome, accidents, sequelae.

Rev Mex Neuroci 2007; 8(2): 150-154

1. Especialista de segundo grado e instructor en Neurocirugía, Hospital Universitario "Manuel A Doménech", Servicio de Neurocirugía, Camagüey, Cuba.
2. Especialista de primer grado en Neurocirugía, Hospital Universitario "Manuel A Doménech", Servicio de Neurocirugía, Camagüey, Cuba.
3. Profesor Titular de Estadística, Universidad de Camagüey, Cuba.

Correspondencia: Dr. Ariel Varela Hernández, Maximiliano Ramos No 106 entre Carmen y Bembeta, Camagüey, Cuba.

Correo electrónico: avarela@finlay.cmw.sld.cu

INTRODUCCIÓN

A partir de los planteamientos de Rimel y colaboradores en la década de los 80 la clasificación del trauma craneoencefálico de acuerdo a su severidad ha sido ampliamente utilizada tanto con fines asistenciales como de investigación. No cabe duda que en los últimos años la sociedad neurotraumatológica ha tomado conciencia de la importancia del trauma craneoencefálico denominado como "leve", debido

a que este grupo representa más de 80% de los pacientes que reciben atención en los servicios neurotraumatológicos a nivel mundial.^{1,2}

Por otro lado, el hecho de que alrededor de 3% de estos pacientes pueden sufrir complicaciones letales relacionados principalmente con la aparición de lesiones intracraneales con efecto de masa, ha volcado a neurocirujanos y otros especialistas médicos a encontrar sistemas de manejo que permitan la detección temprana de estos fenómenos mediante el uso racional de las técnicas imagenológicas de avanzada con el objetivo de lograr mejores resultados.^{3,4}

Un aspecto trascendental desde el punto de vista social, el cual no es siempre totalmente reconocido por los neurocirujanos, es también el relacionado con el Síndrome postraumático, denominado también Síndrome postcontusión, definiéndose como tal al conjunto de síntomas somáticos, cognitivos, emocionales y del comportamiento que pueden aparecer después de un traumatismo craneoencefálico.

Dentro de este conglomerado de síntomas se refieren con mayor frecuencia: cefalea, fatiga, vértigos, irritabilidad, ansiedad, insomnio, reducción de la capacidad de concentración y memoria, hipersensibilidad a los ruidos, disminución de la libido, dificultad en el procesamiento de la información y lentificación del curso del pensamiento; los cuáles pueden tener una duración variable desde varias semanas hasta años, causando enormes gastos directos e indirectos a la sociedad. Inclusive algunos estudios han sugerido la posibilidad de incremento del riesgo de sufrir infarto cerebral⁵ y trastornos psiquiátricos después de sufrir un trauma craneoencefálico leve.⁶

Aunque cabría esperar que este síndrome fuera más frecuente en enfermos que han sufrido un trauma craneoencefálico grave o moderado, en realidad éste es más frecuente en los que sufren la variedad de leve detectándose en más de 50% de estos individuos. Cabe resaltar que estos fenómenos relacionados con Síndrome postraumático pueden tener un efecto acumulativo que puede llevar al desarrollo de demencias o muerte súbita según se recoge en la descripción del Síndrome del segundo impacto.⁷

En Cuba son escasos los estudios de caracterización de este síndrome lo cual es esencial en el diseño de estrategias de intervención tanto a nivel hospitalario como comunitario, para la adecuada reinserción social de estos pacientes por lo que desarrollamos el presente trabajo encaminado a determinar el comportamiento del síndrome postraumático secundario a trauma craneoencefálico leve; tomando como parámetros la estancia hospi-

talaria, los síntomas persistentes y el período de reincorporación laboral.

MATERIAL Y MÉTODO

Camagüey es una provincia de la región central de Cuba con una población de unos 800,000 habitantes con un solo servicio de neurocirugía para adultos ubicado en la ciudad cabecera donde se atienden todos los pacientes mayores de 15 años con trauma craneal moderado o grave, e inclusive gran número de leves en los que se ha producido cualquier tipo de trastorno de conciencia postraumático, se detecten signos focales neurológicos, fractura de cráneo o persistan los síntomas.

Se practicó un estudio descriptivo transversal. El universo estuvo representado por un total de 252 pacientes que sufrieron trauma craneal leve (Puntaje de Glasgow al ingreso superior a 12 puntos), ingresados en el Hospital Universitario "Manuel A Doménech" de Camagüey en el primer semestre del año 2006 según los siguientes criterios estandarizados en el servicio: edad superior a 15 años, inconciencia postraumática mayor de 15 minutos, amnesia postraumática mayor de una hora, síntomas persistentes o convulsión, lesiones asociadas significativas, degradación del nivel de conciencia, mala comunicación con el centro hospitalario, no observación confiable en el hogar, signos en el examen neurológico, trauma craneal penetrante, antecedentes de coagulopatía, alcoholismo u otras intoxicaciones, fractura craneal o regreso al hospital por síntomas persistentes.

La muestra para este trabajo se constituyó con los siguientes criterios de inclusión: Pacientes con residencia en la propia ciudad de Camagüey y que pudieron ser entrevistados en sus hogares por los autores del trabajo, en un período de tres a seis meses posterior al alta hospitalaria. Se excluyeron del estudio todos los pacientes fallecidos por cualquier causa, que no pudieron ser entrevistados personalmente o que presentaron un estado clínico precario como resultado de enfermedades no relacionadas con el trauma craneal en el momento de la visita al hogar. No constituyeron criterios de exclusión haber presentado traumatismos asociados, patologías adicionales sin gran repercusión clínica ni complicaciones relacionadas con el trauma craneal. De esta manera dicha muestra quedó constituida por 94 enfermos, de ellos sólo 67 presentaban vínculo laboral.

La entrevista de este grupo de individuos estuvo dirigida a conocer sobre el número de días de hospitalización requeridos, la persistencia de síntomas relacionados con el trauma craneal, así como el período de tiempo requerido para la reincorporación laboral.

Para esta investigación se consideró como secuela la persistencia de síntomas orgánicos por más de tres meses o funcionales por más de seis meses. Los síntomas orgánicos se refieren a: defecto motor, afasias o resultados de lesiones documentadas de nervios craneales. Por otro lado los síntomas funcionales se refieren a: cefalea, vértigos de causa inespecífica, trastornos en la memoria y concentración y fatigabilidad.

Se define el periodo de reincorporación laboral al lapso de tiempo desde la ocurrencia del traumatismo craneoencefálico hasta el reinicio de la actividad laboral con o sin cambio de la misma.

El tratamiento estadístico de la muestra se realizó mediante distribuciones de frecuencias.

RESULTADOS

En la Figura 1 se representa como del total de los 94 pacientes que integran la muestra 38 (40.4%) requirieron más de siete días de hospitalización, y 29 (30.8%) fueron internados por un periodo comprendido entre 72 horas y 7 días.

El 45.7% de los pacientes no presentaban secuelas; sin embargo resalta que 41 enfermos, los cuales representan 43.6% de la muestra, presentaban secuelas funcionales, sobre todo relacionadas con ce-

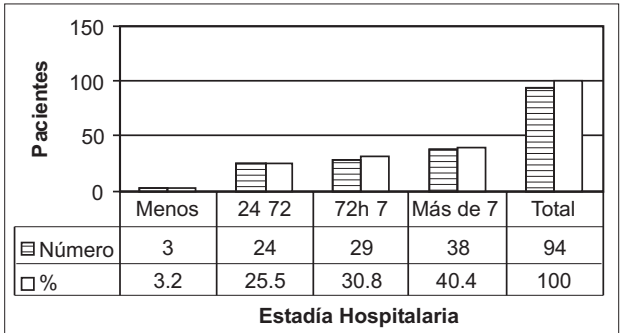


Figura 1. Pacientes según estadía hospitalaria.

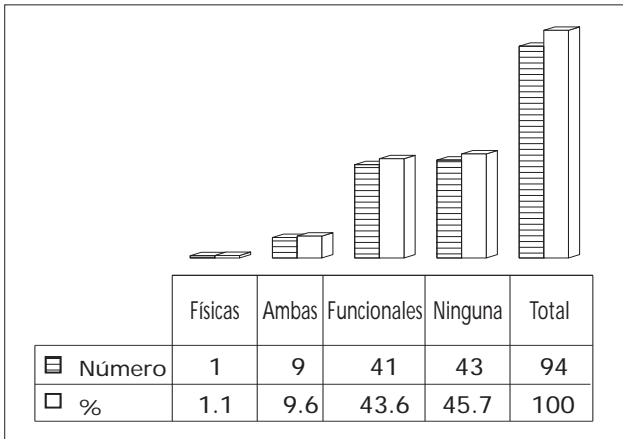


Figura 2. Pacientes según secuelas.

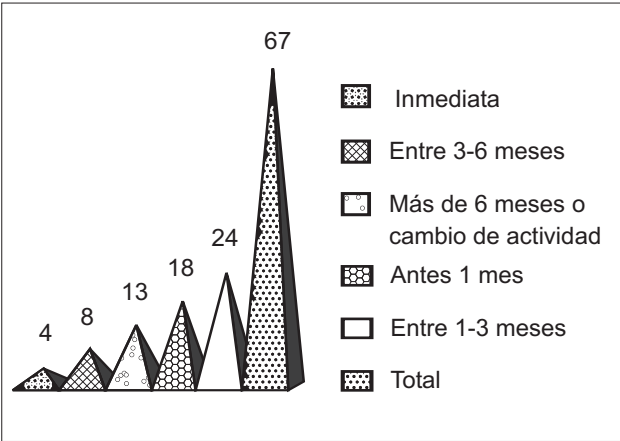


Figura 3. Pacientes según periodo de reincorporación laboral.

falea, vértigos y trastornos cognitivos en el momento de la entrevista (Figura 2).

De los 94 pacientes que componen la muestra, 67 presentaban vínculo laboral en el momento de realizado el presente estudio. La reincorporación inmediata al trabajo se observó sólo en cuatro individuos (6%); la mayoría de los mismos se reincorporó entre uno y tres meses (24 individuos, 35.8%), cabe resaltar que 13 individuos (19.4%) requirieron más de seis meses de reposo laboral o necesitaron cambio de su actividad (Figura 3).

DISCUSIÓN

Los estudios epidemiológicos llevados a cabo en los últimos años en el contexto del trauma craneoencefálico leve demuestran el enorme impacto social del mismo el cual es con frecuencia subvalorado. Estos resultados vienen a resaltar lo planteado por Hipócrates hace más de dos mil años, de que ningún trauma craneal debía ser considerado como inocuo.

Los avances experimentados a partir de la década de los 60 en ramas de las neurociencias como la neuropatología, neurofisiología, neuropsicología e imagenología han permitido encontrar un sustento orgánico en la etiología del síndrome postraumático, el cual hasta entonces era solamente concebido con una base psicológica especialmente utilizado por los individuos involucrados como vía para la solución de litigios y obtención de ganancias secundarias,⁸ no obstante no es el objetivo de este trabajo dilucidar este aspecto que se mantiene como un tópico controversial aún en nuestros días.

Observamos cómo un número importante de casos requieren ingreso hospitalario. Aunque la práctica de técnicas imagenológicas de avanzada como la TAC de cráneo en el servicio de urgencias es de gran utilidad para el pronóstico de complicaciones;

en países como Inglaterra no se ha logrado disminuir el número de ingresos con esta forma de trabajo.⁹ La persistencia de síntomas como la cefalea, vértigos, vómitos, etcétera que pueden llegar a ser intensos motivan en estos enfermos y sus familiares inseguridad y temor ante la posibilidad de complicaciones lo que hace que sea más aceptado socialmente el ingreso preventivo que el tratamiento ambulatorio en este tipo de afección, elevando así los costos.

Cabe suponer que el empleo de sistemas de trabajo para la detección temprana de las complicaciones, basadas en la determinación de factores de riesgo para emplear de forma racional los recursos imagenológicos con que se cuenta, así como la educación continuada y efectiva del personal de salud de la atención primaria e inclusive la mayor educación de la población en estos aspectos pueden hacer cambiar en un futuro esta realidad.^{10,11}

Los resultados obtenidos por la Comisión de Trabajo para el Trauma Craneoencefálico Leve, nombrada por la Organización Mundial de la Salud (OMS),^{12,13} evidencian que el síndrome postraumático se presenta en más de 50% de estos pacientes, siendo de hecho más frecuente en comparación con las variedades de trauma craneoencefálico moderado y grave.

De acuerdo a su duración, este síndrome se ha clasificado en Tipo I cuando ésta es menor a cinco meses y Tipo II cuando existe una duración mayor, no estando totalmente dilucidados todos los aspectos que condicionan uno u otro tipo de evolución.

En nuestro estudio predominaron las manifestaciones funcionales y dentro de ellas: la cefalea, el vértigo y los trastornos cognitivos. Estos datos coinciden con la literatura revisada, la cual reporta una incidencia de cefalea postraumática de 69% después de un trauma craneoencefálico leve, persistiendo por más de dos meses en el 32% de los casos; ésta a su vez puede tener varias formas clínicas: tensional, en el sitio del impacto, migraña postraumática recurrente, cervicogénica, en salvas y disautonómicas postraumáticas.^{14,15} Por otro lado Alfonso reporta la elevada frecuencia de lesiones cócleo-vestibulares en pacientes con trauma craneal.¹⁶ Los trastornos del sueño han sido reportados en 62% de estos casos, y de forma similar problemas de la concentración en 21%, trastornos de la memoria en 13%, así como cambios afectivos en 36%.

Un aspecto de gran relevancia es el reposo laboral de varios meses que requieren la mayoría de los pacientes que sufren de este síndrome, teniendo en cuenta además que esta variedad de trauma craneal, al igual que los traumatismos en general, se presentan fundamentalmente en individuos con edades socialmente activas.¹⁷⁻²⁰

La ausencia total de reintegración social ha sido reportada en 7% de los casos en algunos estudios, elevando considerablemente los costos sociales indirectos. En este sentido se ha notado por algunos autores que la duración e intensidad de los síntomas del síndrome postraumático es influenciado por la actividad laboral previa al traumatismo y en relación con ciertas políticas de seguros en los lugares donde se aplica esta forma de organización de los servicios de salud pública.

Teniendo en cuenta los datos fundamentados en este trabajo, no cabe duda de la necesidad de implementar sistemas de manejo a nivel hospitalario y de la comunidad que aseguren una más adecuada reinserción laboral de estos individuos.

CONCLUSIONES

Un número importante de los pacientes que sufren trauma craneoencefálico leve requieren hospitalización por más de 72 horas, sufren síntomas funcionales persistentes por varios meses y períodos similares de reposo laboral, lo cual denota la alta repercusión social de esta variedad de trauma craneal.

REFERENCIAS

1. Quintanal CN, Morán FA, Tápanes DA y cols. Traumatismo craneoencefálico: estudio de cinco años. *Rev Cubana Med Milit* 2006; 35 (2).
2. Rodríguez GAJ, Mederos VA, Cisneros CM, Estrada SM. Trauma craneal leve. *Rev Cubana Med Milit* 2000; 29(1): 46-51.
3. Varela HA, Pardo CG, Mosquera BG, Vega BS, López DH. Caracterización del trauma craneoencefálico leve. *Archivo Méd Camagüey* 2005; 9(3).
4. Varela HA, Pardo CG, Pardo CG. Optimización de la TAC de cráneo en el trauma craneoencefálico leve. *Rev Mex Neuroci* 2006; 7(3): 194-99.
5. Shaffer L, Rich MP, Pohl ERK, Ganesan V. Can mild head injury cause ischaemic stroke? *Arch Dis Child* 2003; 88: 267-69.
6. Kalpakjian CZ, Lam CS, Toussaint LL, Hansen MNK. Describing quality of life and Psychosocial outcomes after traumatic brain injury. *Am J Phys Med Rehabil* 2004; 83: 255-65.
7. Sauquillo J. Protocolos de actuación clínica en el trauma craneoencefálico (TCE) leve. Comentario a la publicación de las Guías de la Sociedad Italiana de Neurocirugía 2006; 17: 5-8.
8. de Souza AJ, Ferreira MP. Cefalea póstraumática. En: Pereida UC, eds. *Neurotraumatología*. Ed: Revinter 2000; p. 223-30.
9. Fearnside RM, Simpson AD. Epidemiology. En: Reilly P and Bullock R, eds. *Head Injury*. London: Ed: Chapman and Hall 1997.
10. Vega BSD, Silva AS, Peñones MR, Varela HA. Neurotrauma en Camagüey. *Rev Cubana Cir* 2003; 42(3).

11. Ashe RA, Mason DJ. Assessing and managing head injury. *Emerg Med* 2001; 33(12): 26-36.
12. Carroll JL, Cassidy DJ, Peloso MP, Garrity Ch, Giles-Smith L. Systematic search and review procedures: Results of the WHO collaborating centre task force on mild traumatic brain injury. *J Rehabil Med* 2004; suppl 43: 11-14.
13. Holst HV, Cassidy DJ. Mandate of the WHO collaborating centre task force on mild traumatic brain injury. *J Rehabil Med* 2004; suppl.43: 8-10. Graber M. Minor head trauma in children and athletes. *Emerg Med* 2001; 33(10): 14-18.
14. Borg J, Holm L, Peloso MP et al. Non-surgical intervention and cost for mild traumatic brain injury: Results of the WHO collaborating centre task force on mild traumatic brain injury. *J Rehabil Med* 2004; suppl.43: 76-83.
15. Cassidy DJ, Carroll JL, Peloso MP, et al. Incidence, risk factors and prevention of mild traumatic brain injury: Results of the WHO collaborating centre task force on mild traumatic brain injury. *J Rehabil Med* 2004; suppl 43: 28-60.
16. Alfonso ME, Alfonso MS, Montes de Oca DM. Importancia del estudio audiológico en los pacientes con trauma craneal. *Rev Cubana Cir* 2005; 44(1).
17. Carroll JL, Cassidy DJ, Peloso MP, et al. Prognosis for mild traumatic brain injury: Results of the WHO collaborating centre task force on mild traumatic brain injury. *J Rehabil Med* 2004; suppl 43: 84-105.
18. Peloso MP, Holst HV, Borg J. Mild traumatic brain injuries presenting to Swedish hospitals in 1987-2000. *J Rehabil Med* 2004; suppl 43: 22-27.
19. Cassidy DJ, Carroll L, Côté P, Holm L, Nygren A. Mild traumatic brain injury after traffic collisions: A population-based inception cohort study. *J Rehabil Med* 2004; suppl 43: 15-21.
20. Marchio SP, Previgliano JI, Goldini EC, Murillo-Cabezas F. Traumatismo craneoencefálico en la ciudad de Buenos Aires: estudio epidemiológico prospectivo de base poblacional. *Neurocirugía* 2006; 17: 14-22.

